

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 62

TORSION DES KYSTES PAROVARIENS ET HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Janvier 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice PANSU

Externe des Hôpitaux de Lyon

né à RIVES-sur-FURE (Isère) le 16 Juillet 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

**TORSION DES KYSTES PAROVARIENS
ET HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE**

TORSION DES KYSTES PAROVARIENS ET HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Janvier 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



Maurice PANSU

Externe des Hôpitaux de Lyon

né à RIVES-sur-FURE (Isère) le 16 Juillet 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD. ROQUE. TIXIER. BERARD. COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). X...
Cliniques chirurgicales	VILLARD. LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. MOREL. HUGOUNENQ. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. COURMONT (P.). PIC. X.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	
Anatomie pathologique	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS. CONDAMIN. BARRAL. GAYET.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	
— — — Chimie minérale.....	
— — — Urologie	

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL. LAROYENNE. CHATIN. X. TELLIER.
Orthopédie	
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	
Chirurgie expérimentale	
Stomatologie	

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GOTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;

DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES

tombés au Champ d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions de sa bienveillance à notre égard et nous l'assurons de notre gratitude.

À MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. BÉRARD, *Professeur de Clinique Chirurgicale*,
PAVIOT, *Professeur à la Faculté, Médecin des Hôpitaux*,
SAVY, *Professeur Agrégé, Médecin des Hôpitaux*.

EXTERNAT 1922-1925

MM. DESGOUTTES, *Chirurgien des Hôpitaux*,
NOVÉ-JOSSERAND, *Professeur de Clinique Chirurgicale
infantile*,
DUMAS, *Médecin des Hôpitaux*,
TAVERNIER, *Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux*,
GONNET, *Accoucheur des Hôpitaux*.

TORSION DES KYSTES PAROVARIIENS ET HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE

INTRODUCTION

Au niveau des kystes du parovaire, la torsion semble, en parcourant les classiques, être une complication rare, sinon exceptionnelle ; nous avons cependant réuni, au cours de nos recherches bibliographiques, 118 cas, qui nous ont semblé indiscutables ; mais les phénomènes d'étranglement sont peu fréquents au cours de cette torsion pédiculaire.

Nous apportons ici l'observation d'une malade opérée d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour de tels accidents aigus et qui, éventuellement, nous le verrons, tout à fait exceptionnelle, associait à ces phénomènes l'existence d'une hémorragie importante dans le péritoine.

Nous nous appliquerons, après avoir fait un bref historique de ce qui a été écrit sur la torsion des kystes du parovaire, à montrer le *mécanisme* de cette torsion et les différents facteurs qui interviennent, soit pour l'accentuer, soit au contraire pour la modérer.

Nous étudierons ensuite les *conséquences* de cette torsion et les différentes étapes qu'elle peut parcourir depuis la phase de tolérance à peu près complète jusqu'à la phase d'étranglement, de réaction péritonéale importante et même quelquefois d'hémorragie interne.

L'étude clinique correspondra à cette évolution anatomique et les différents tableaux en traduiront le plus souvent d'une manière fidèle la succession.

Nous serons très brefs sur le diagnostic et le traitement ; le premier très difficile, le second ne prêtant guère à des discussions importantes.

Précisons que nous considérons comme kystes parovariens toutes les tumeurs liquides présentant les caractères topographiques et macroscopiques qui les définissent. Dans bien des observations, l'examen histologique manque, en particulier dans la grande majorité des kystes tordus et étranglés opérés d'urgence.

Le problème histologique et pathogénique sera volontairement laissé de côté pour ne considérer que le problème mécanique de la torsion sur l'axe d'une tumeur kystique para-ovarienne.

Que M. le Professeur Bérard nous permette de lui témoigner notre profonde reconnaissance pour les conseils et les enseignements qu'il nous a donnés dans son service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Agrégé Santy, chirurgien des Hôpitaux, qui fut pour nous un guide bienveillant au cours de nos études médicales, ainsi qu'au Docteur Vergnory, Chef

de clinique chirurgicale, à qui nous devons l'observation originale qui fait l'objet de notre thèse.

Nous n'oublierons pas notre ami, le Docteur Mallet-Guy, aide d'anatomie, qui nous aida de ses conseils et à qui nous devons les dessins illustrant ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La torsion des kystes parovariens a été pendant longtemps considérée comme un fait exceptionnel. Alors que cette complication avait été longuement étudiée et mise au point pour les kystes de l'ovaire, ce même accident était le plus souvent à peine mentionné pour les kystes du parovaire.

Le kyste du parovaire, en effet, de par son origine et sa situation incluse dans le ligament large, semblerait peu sujet à se tordre, mais il est de nombreux cas où celui-ci se pédiculise, devient abdominal, il est alors tout à fait comparable aux kystes de l'ovaire et sujet aux mêmes accidents.

L'existence des kystes du parovaire était pourtant connue depuis longtemps. Lieutaud le premier les signale dans son « Traité d'Anatomie histologique et pratique ». Follin, en 1850, et Verneuil, en 1852, en étudient la constitution. Panas, en 1875, en rapporte

5 cas. Duplay, en 1882, écrit un mémoire sur les kystes parovariques et Castanèda, la même année, fait, dans sa thèse, un travail d'ensemble sur les kystes du ligament large.

En Angleterre, Spencer-Wells, Lawson Tait, Holms signalent quelques cas de kystes parovariques. En Allemagne, de nombreux travaux sont faits par Spiegelberg, Schatz, Gusserow, sur leur origine et leur développement.

Mais jusqu'à Lawson-Tait, en 1879, aucun de ces auteurs ne signale des cas de torsion de kyste du parovaire. La première observation est rapportée par Lawson-Tait dans le « Lancet ». En 1883, Newmann et Cushier en publient deux observations, puis plusieurs cas sont signalés, en 1886, par Lediard, en 1891, par Reamy.

L'attention étant attirée sur cette question, on relève des publications de plus en plus nombreuses : 4 cas en 1893, 5 en 1894. En 1897, 2 cas, rapportés par Binaud et Chavannaz et Bégouin et Fieux, sont l'occasion d'une discussion à la Société d'obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux. Les observations se succèdent : Edelbols, J.-L. Faure, Herbeaux, à Lille, Lund à Boston, enlèvent des kystes du parovaire tordus.

On étudie alors dans les détails les différents aspects du problème et l'on s'attache à préciser le mécanisme de la torsion. En 1901, M. le Professeur Bérard, dans une étude d'ensemble, sur l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule, donne les règles générales de son mécanisme et

indique leur application dans la torsion des kystes parovariens.

En 1903, paraît la thèse de Lerivrain, premier travail d'ensemble sur la torsion des kystes du ligament large. En 1905, Vauverts écrit une étude détaillée dans les « Annales de Gynécologie », où il consacre une large part au mécanisme de l'accommodation circulatoire dans les kystes à pédicule tordu. Brothers en signale quelques cas la même année.

En 1906, Rioms reprend la question et ajoute quelques observations. Fossati, en 1909, fait un long travail où il rassemble les observations publiées jusqu'alors et arrive au chiffre de 109.

Depuis, les cas rapportés sont beaucoup moins nombreux, les auteurs se sont appliqués surtout à étudier le mécanisme de l'accommodation circulatoire plus que celui de la torsion des kystes et de leur étranglement.

Signalons enfin en 1920 la thèse d'Agostini, qui rapporte quelques cas nouveaux à la liste déjà longue des kystes du parovaire tordus.

CHAPITRE II

Observation originale.

Le court historique que nous venons de faire nous montre que, parmi les complications des kystes parovariens, la torsion ne doit pas être considérée comme une éventualité rare. Nous avons colligé 118 observations ; les unes seront citées intégralement au cours de ce travail, les autres, plus banales, seront brièvement résumées.

Mais, l'observation originale que nous rapportons ici en détail nous semble présenter des caractères tout à fait particuliers.

OBSERVATION I

Kyste parovarien tordu et étranglé par la torsion de son pédicule en même temps que la trompe et l'ovaire. — Hémorragie intra-péritonéale. — Intervention le troisième jour. — Guérison.

Mlle H... Claudia-Joséphine, 25 ans, n'ayant pas présenté de maladies graves dans la première enfance. Fièvre typhoïde à 10 ans. Réglée à 13 ans, toujours normalement depuis. Crise de rhumatisme articulaire aigu à 20 ans.

Entre à l'Infirmerie de Porte de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 novembre 1923 pour un syndrome péritonéal aigu, dont le début remonte à deux jours.

Première crise douloureuse au mois d'août dernier, ayant consisté en une douleur localisée au côté droit de l'abdomen et apparue le premier jour des règles. La malade est mise au repos et au bout de trois semaines, tout symptôme a disparu. Cette crise ne s'accompagna pas de vomissements, ni de troubles de l'état général.

L'état resta normal jusqu'au 13 novembre 1923; cependant les règles, quoique régulières, n'eurent pas, aux dires de la malade, leur aspect normal; elles présentèrent des différences de coloration qu'elle précise difficilement, mais elles ne continrent jamais aucun caillot. A cette date, de violentes douleurs abdominales apparaissent, beaucoup plus accentuées que lors de la première crise; elles s'accompagnent de vomissements et de constipation opiniâtre. La malade attendait ses règles cinq jours après le début de ces accidents.

A l'entrée : l'état général restait relativement satisfaisant, la température était de 38°7, le pouls était bon, mais la malade très pâle.

L'examen montre un abdomen douloureux se laissant assez bien palper; la douleur est diffuse, mais cependant prédominante dans la partie basse de l'abdomen; on ne constate pas de masse nette dans les fosses iliaques.

On note l'existence de pertes chocolat, apparues ce jour même et postérieurement au début des accidents.

Le toucher montre l'utérus repoussé en avant et dans le

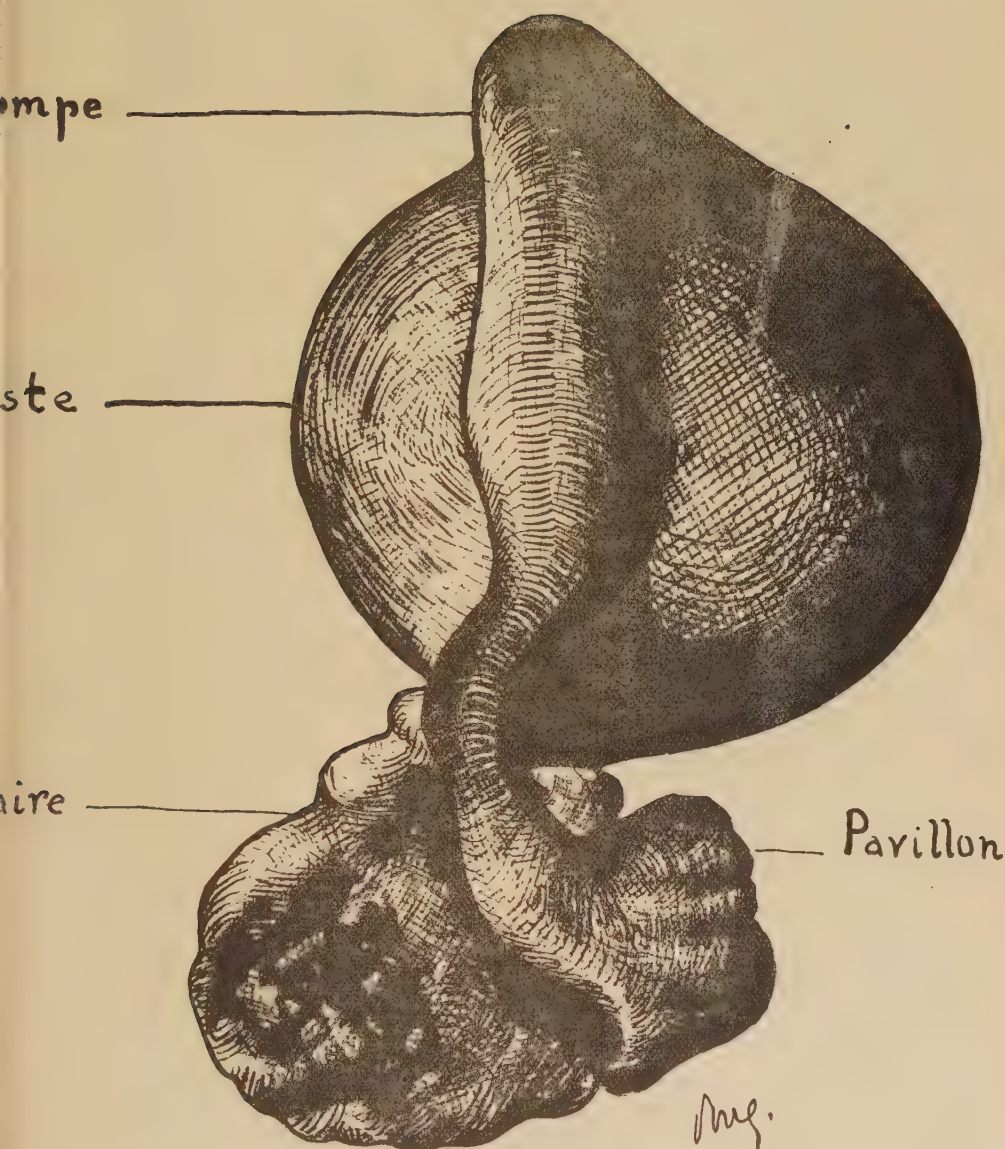


Figure 1 (vue supérieure)
 Rapports réciproques de la trompe, de l'ovaire
 et du kyste parovarien tordu.

Dispositif apparu à l'ouverture du ventre.

Douglas une masse faisant saillie, cette masse est régulière, douloureuse; elle présente une forme bilobée et se sépare nettement de l'utérus; on peut mobiliser ce dernier avec la main abdominale.

Intervention (MM. Virgnory et Mallet-Guy) est pratiquée à 17 heures sous rachianesthésie avec le diagnostic probable de rupture itérative de grossesse tubaire, étant donné les petits accidents antérieurs, les renseignements fournis par le toucher et malgré l'absence de retard de règles dans l'interrogatoire de la malade.

Incision de Pfannenstiel; on découvre, semblant confirmer le diagnostic posé, une quantité importante de sang dans la cavité abdominale; on procède à l'ablation des caillots qui remplissent également le Douglas, mais on trouve dans le cul-de-sac, au milieu d'eux, une masse régulière, noirâtre, tendue, qui semble appendue à la corne utérine droite; cette masse est extériorisée et se présente comme un kyste trois fois tordu sur son pédicule; on libère celui-ci, on le détord, on résèque la masse après ligature du pédicule. Ce temps opératoire a été facile, n'étant gêné par aucune adhérence. A gauche, on relève l'existence d'un varicocèle tubaire sans autre lésion des annexes.

Après assèchement de la cavité abdominale et du Douglas, on ferme complètement la paroi.

Examen de la pièce : La masse extirpée présente une coloration rouge, noirâtre, uniforme; on ne note nulle part de points sphacelés. Elle est formée de deux parties nettement différentes : une première portion, la plus volumineuse, est régulièrement arrondie et présente les dimensions d'une tête fœtale. La deuxième partie au contraire est plus irrégulière et bosselée, ces deux éléments sont réunis par une zone mince et la biloculation ainsi produite apparaît surtout lorsqu'on examine la pièce par sa face supérieure. On note en même temps, réunissant les deux lobes, une formation tubulée, la trompe, qui chemine sur la convexité du kyste et, après quelques sinuosités, atteint la plus petite portion que l'on reconnaît être l'ovaire. A ce niveau, on constate la dilatation de la trompe et l'existence du pavillon étalé à la surface de l'organe.

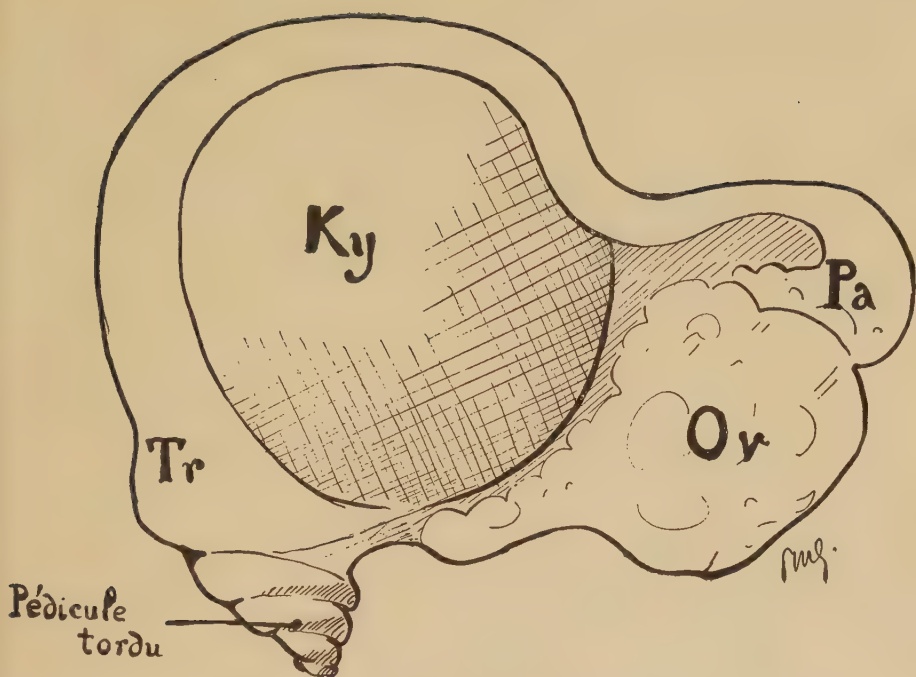


Figure 2 (schématique). Face postérieure du kyste parovarien tordu.
Le pédicule tubovarien et la portion interne de la trompe sont rassemblés et tordus.

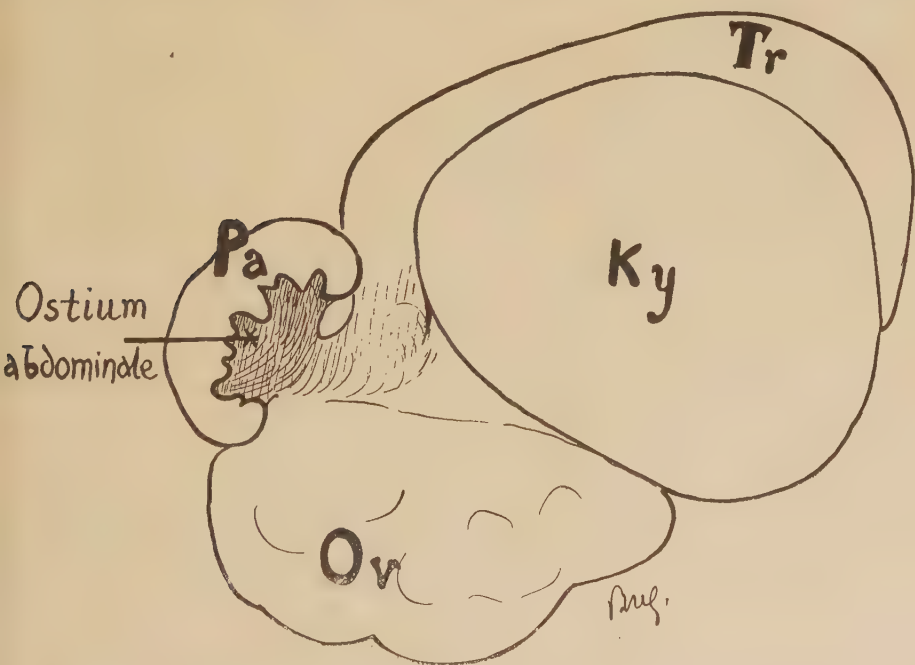


Figure 3 (schématique). Face antérieure du kyste paro-ovarien tordu.
Le pavillon de la trompe est ouvert.

Si l'on étudie la pièce par sa face postérieure, on précise parfaitement les rapports réciproques des trois organes; on voit la trompe très allongée contournant sur les deux tiers de sa circonférence le kyste dont elle épouse la forme; sur le tiers restant, celui-ci est contigu à l'ovaire.

On voit nettement aussi le pédicule tordu qui rattachait ces organes à la corne utérine; on y distingue quatre tours de spire et on constate que la torsion s'est faite dans le sens des aiguilles d'une montre; on voit s'échapper du pédicule, tordus ensemble, d'une part la trompe et, d'autre part, les vaisseaux ovariens qui, ainsi, étaient rassemblés dans un même cordon de la dimension d'un petit doigt.

On ne constate nulle part l'existence de déchirures, de rupture vasculaire; le pédicule, à ce point de vue, est intact, le kyste, sous tension, contient du sang, mais est parfaitement fermé; l'ovaire, de son côté, est, comme nous l'avons vu, fortement congestionné, mais ne laisse pas voir non plus de petit kyste rompu. A quoi faut-il attribuer l'hémorragie intra-péritonéale considérable constatée à l'intervention ? L'examen de la face postérieure de la masse montre, surplombant l'ovaire, les franges du pavillon qui n'est pas fermé, et c'est sans doute par l'*ostium abdominale* que s'est fait l'afflux sanguin.

Il résulte, d'une façon évidente, que le kyste que nous venons de décrire est un kyste topographiquement parovarien. Nous n'avons pas d'examen histologique qui, sans doute, dans l'état très altéré de la pièce, n'aurait pu donner des résultats très précis, mais nous ne nous attachons pas à la pathogénie de cette lésion et avons seulement en vue, comme nous l'avons dit dans notre introduction, les kystes topographiquement parovariens compris entre la trompe, l'ovaire et les deux feuillets du ligament large.

Suites opératoires : Elles furent parfaites; on nota, dans les jours suivants, l'apparition d'un léger subictère. La malade sort guérie, le 2 décembre 1923.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade, le 29 décembre 1924. Elle était en parfaite santé, ses règles étaient redevenues normales. Elle n'a ressenti, depuis son opération, aucun malaise particulier.

CHAPITRE III

Conditions mécaniques de la torsion des kystes parovariens.

L'inclusion intra-ligamentaire des kystes parovariens semble être en opposition avec la possibilité pour ces tumeurs de se tordre. Elles sont, en effet, à l'origine sessiles ; certaines d'entre elles sortent même du ligament large, soulevant le péritoine pariétal, s'avancant à droite jusqu'au cæcum, dédoublant à gauche le méso-côlon pelvien : ce sont *les kystes rétropéritonéaux de Pozzi*, qui semblent évidemment à l'abri de tout déplacement sur leur axe.

Mais le kyste parovarien, resté entre les deux feuillets du ligament large, peut, comme nous le verrons, se constituer secondairement un pédicule, d'abord large, puis qui deviendra net et apte à la torsion.

Dans un premier paragraphe, nous étudierons la formation de ces pédicules, puis nous indiquerons les principaux facteurs de torsion de tels kystes pédiculisés, facteurs qui se dégagent nettement de l'étude des observations relatées.

a) *Pédiculation des kystes parovariens.*

Parmi les facteurs de pédiculation d'un kyste parovarien, il en est un qui apparaît tout d'abord comme très net : c'est l'*augmentation de volume* du kyste, bien que Brothers ait noté que les kystes de petite dimension étaient plus sujet à la torsion que les autres (1) ; on note dans beaucoup d'observations, au contraire, le volume important de la tumeur pédiculisée et tordue ; souvent, les descriptions manquent de détails précis ; nous avons noté cependant le cas de Cortiquera dont la tumeur renfermait douze litres de liquide, celui de Lance qui en contenait également sept. Peyer a pesé la pièce extirpée qui atteignait le poids de 15 kilos. C'est parfois à une tête fœtale qu'est comparée la masse tordue (Demons, Brothers), ou encore à une tête d'adulte (Coen). Dans quelques observations, le gros volume de la tumeur n'est pas précisé, mais on note des rapports très anormaux qui supposent une énorme masse : de Rouville a trouvé un de ces kystes tordus sous le foie.

(1) Nous remercions ici Mlles Delos et Vadella, externes des hôpitaux, et M. Mollon, interne des hôpitaux, qui ont bien voulu se charger des traductions des ouvrages en langues étrangères que nous avons consultés.

Il est, au contraire, exceptionnel que le kyste n'atteigne que le volume d'une mandarine.

Une petite poche kystique reste, en effet, incluse dans le ligament large, comprise entre l'ovaire, la trompe, le ligament rond ; elle peut évoluer vers la base du ligament large et déterminer alors le syndrome des tumeurs pelviennes incluses ; si, au contraire, elle reste en place, à mesure qu'elle acquerra un volume plus grand, elle tendra à envahir la portion mobile du ligament ; elle se tapissera des deux feuillets du mésosalpinx ; elle refoulera même la trompe, qui s'allonge et se déroule à sa surface et elle entraînera, dans son ascension abdominale, l'ovaire.



Le pédicule se constituera, d'une part, aux dépens de l'isthme de la trompe qui rattache la tumeur à la corne utérine ; d'autre part, aux dépens du ligament lombo-ovarien, qui amène à la tumeur pédiculisée les vaisseaux nourriciers.

Le pédicule peut rester large et court, il peut, au contraire, être long et très mince. On l'a comparé, dans certains cas, à un cordon ombilical (Brothers) ; l'une et l'autre de ces éventualités permet la torsion du kyste parovarien, mais « les pédicules les plus favorables sont naturellement ceux qui présentent les dimensions primitives ou acquises très petites, ne dépassant pas 2 à 3 centimètres de section ».

Tel est le mode de pédiculisation de beaucoup le plus fréquent ; on le voit, il rend solidaire de la tumeur kystique, la trompe et l'ovaire. Cette pédiculisation des kystes parovariens est comparable à celle que l'on remarque dans la torsion tubaire dont Lejars en 1910 rapporte huit cas : les annexes sont tordues autour d'un pédicule constitué par les mêmes éléments. On peut rapprocher également de ces faits les cas de kystes de l'ovaire qui se tordent au niveau de l'isthme utérin ; Roux et Delord ont aussi rapporté une observation de volumineux kyste de l'ovaire qui entraîna dans sa torsion toute la masse utéro-annexielle au niveau de l'isthme utérin. Il s'agit là aussi de pédiculisation secondaire.

M. le Professeur Bérard cite, dans sa revue de 1901, une torsion semblable, mais incomplète de la portion mobile des ligaments larges et de l'utérus au cours de la torsion d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Nous signalons ces quelques faits pour montrer que le mécanisme qui préside à la constitution des pédicules des kystes parovariens est un mécanisme banal que l'on peut rencontrer, mais exceptionnellement, dans la torsion d'autres organes et d'autres tumeurs.

* * *

On a signalé un autre mode de pédiculisation du kyste parovarien, celui-ci s'énucléant en quelque sorte isolément et n'entraînant pas les annexes ; c'est alors par une tige extrêmement mince, membraneuse, que

le kyste se détache. Nous n'avons pas retrouvé d'observation de kyste parovarien tordu isolément suivant ce mode. D'ailleurs, il est bien probable que ces kystes qui doivent se tordre avec une grande facilité ne peuvent être rattachés à leur origine parovarienne que par une étude histologique de leur paroi ; macroscopiquement, n'ont-ils pas les mêmes rapports qu'un kyste ovarien banal qui se serait implanté, par exemple, à la périphérie de l'ovaire ?

b) *Facteurs de torsion proprement dite.*

La constitution secondaire d'un pédicule permet donc au kyste parovarien de se tordre, mais il est à cela une condition nécessaire qui est la *conservation de la mobilité de la tumeur* ; l'existence du pédicule ne permet évidemment la torsion que si, par ailleurs, la tumeur n'est pas fixée ; l'absence d'infection annexielle concomitante qui prolaberait dans le Douglas et y fixerait la masse pédiculisée est incompatible avec la torsion du kyste. Au contraire, comme nous le verrons, l'existence d'une adhérence limitée favorise la torsion, dans certains cas.

Ce fait est d'ailleurs généralement constaté : des adhérences fixant un organe par un ou plusieurs points à la paroi, constituent un axe, un pivot, pour les mouvements de rotation et ce mécanisme intervient d'une façon très nette au niveau de l'intestin, des appendices épiploïques, du diverticule de Meckel (Bérard et Delore).

Il est cependant difficile de préciser quel est le rôle exact joué par les adhérences dans la torsion du kyste parovarien ; plusieurs observations signalent l'existence de ces adhérences : celles de Mériel, J.-L. Faure, Brothers, Lédiard ; mais il est difficile de dire si les adhérences rencontrées au cours de l'intervention préexistaient à la torsion ou si, au contraire, elles ne sont pas le fait de l'inflammation péritonéale autour de la masse tordue ; et c'est certainement le cas de Péraire qui constate l'existence d'adhérences généralisées unissant la tumeur tordue aux organes voisins. Il faut donc distinguer entre les adhérences primitives *localisées*, favorisant le déplacement sur l'axe et les symphyses secondaires *généralisées* fixant la tumeur une fois tordue dans sa position.

Ainsi, un kyste pédiculisé, qui, de ce fait, est nécessairement ascensionné dans l'abdomen et présente un volume et un poids notables, qui, d'autre part, est mobile, réunit toutes les conditions favorables pour une torsion sur son axe.

En dehors des conditions ainsi réalisées par la tumeur elle-même — qui sont communes à toutes les tumeurs pelviennes susceptibles de se tordre sur leur pédicule — il en existe d'autres qui proviennent des changements de statique abdominale et des changements de position des organes voisins. Et là encore, nous nous trouvons en présence d'un problème général : en effet, il est classique de signaler, dans le mécanisme de la torsion des tumeurs pelviennes, les *mouvements brusques du sujet*, les *déplacements* ou mieux les *modifications de volume* des viscères de

voisinage, en particulier de l'*utérus gravide*, l'existence d'une autre tumeur développée dans l'abdomen; tels sont les facteurs habituels rencontrés dans la torsion des tumeurs pelviennes.

Ce sont précisément les facteurs que nous avons relevés dans l'analyse de nos observations : la *grossesse* est au premier rang des documents étiologiques. Il s'agit souvent de multipares ; nous avons relevé un certain nombre de cas de torsion survenant au cours de la grossesse (Lawson-Tait, Lund, Hartmann, Chaput, Brothers, Neugebauer, Gorgens, au sixième mois ; Retzalf au début de la grossesse ; Begouin et Fieux, accouchement prématuré ; Fieux et Chavannaz accouchement à terme).

L'existence d'un fibrome utérin concomitant peut être une cause de torsion, les déplacements du fibrome entraînant la tumeur kystique et la tordant de ce fait sur son pédicule (Goldberg, Fabricius). Parfois, la cause déterminante de la torsion semble résider dans un effort (effort de défécation, mouvements brusques, etc...).

Il semble que dans un certain nombre d'observations la torsion se soit produite au cours de la période menstruelle : le cas que nous rapportons en est un bon exemple, puisque la torsion s'est manifestée par une première crise douloureuse le jour des règles. Cette coïncidence a d'ailleurs été constatée d'une façon générale dans les cas de torsion des tumeurs pelviennes ; Thornton, dans ses observations, aurait relevé 18 fois cette étiologie. M. Bérard ne lui accorde

qu'un rôle secondaire, « peut-être la congestion du pédicule permet d'ébaucher le mouvement de torsion, mais ne s'agit-il pas d'une simple coïncidence ou de métrorrhagies consécutives à la torsion ? » Nous verrons l'application de cette distinction à l'étude clinique.

CHAPITRE IV

Anatomie et physiologie pathologiques des kystes parovariens torsus.

a) *Description morphologique d'ensemble.*

La masse tordue est souvent bilobée ; une première partie, la plus importante, est constituée par le kyste lui-même qui est régulièrement arrondi et sur lequel est accolée la trompe qui s'étire à sa surface ; l'ovaire forme le deuxième lobe de la tumeur.

Le pédicule peut être tordu, suivant le cas, d'un demi-tour seulement, d'un tour complet, ou même — et notre observation en est un exemple — de plusieurs révolutions, (quatre dans le cas qui nous intéresse). On ne trouve pas cependant, en général, un nombre élevé de tours de spire, ce qui est bien en rapport avec l'épaisseur du pédicule et l'importance des organes qu'il contient.

Le sens de la torsion est souvent précisé, mais nous ne voyons pas là un point très important, contrairement à l'opinion de certains auteurs allemands, qui ont déterminé le sens de cette torsion, suivant des

lois rigoureuses : « Le sens de la rotation est contingent, il dépend de la situation réciproque du centre de gravité de la tumeur, du point d'implantation, du point d'application de la poussée, du sens de la poussée. » (Bérard.)

Cette description rapide peut s'appliquer à tous les cas de kystes parovariens tordus, *les différentes formes cliniques de cette complication étant réglées par la physiologie pathologique du pédicule de torsion.*

b) *L'accommodation circulatoire.*

Il résulte de l'étude des différentes observations de torsion des kystes du parovaire que ce degré de torsion peut être variable ; dans un certain nombre d'observations, les lésions de la masse tordue varient en intensité et en gravité, d'une part avec la longueur et la largeur de ce pédicule, d'autre part et le plus souvent, avec le nombre des tours de torsion ; les troubles circulatoires sont en effet plus ou moins complets, ils varient depuis la simple congestion œdémateuse des organes jusqu'à la torsion suraiguë s'accompagnant de rupture du pédicule avec libération de la masse tordue dans l'abdomen et la gangrène de celle-ci ; le cas signalé par Edelbols en est un bel exemple.

Mais les auteurs ont insisté particulièrement sur la discordance manifeste qui existait souvent entre le nombre de tours et le degré des lésions secondaires du kyste et des annexes entraînées dans cette torsion. Vanverts, en particulier, dans son étude sur la torsion

des kystes du parovaire, traite de cette particularité. Il oppose à Chaput qui constata la présence d'un liquide kystique clair dans un kyste tordu trois fois, Championnière et Filhoulaud qui, eux, relevèrent des lésions hémorragiques intenses pour une masse qui n'était tordue qu'une fois et demi sur elle-même.

De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer ces faits ; certains auteurs en ont conclu à la bénignité de la torsion des kystes du parovaire qu'ils ont opposée à la gravité de la torsion des kystes de l'ovaire ; avec Vanverts, et d'après les nombreuses observations recueillies, nous croyons qu'en raison des phénomènes intenses produits par cette torsion, et en raison de l'issue fatale dans les quelques cas où l'on n'est pas intervenu ou intervenu trop tard, cette hypothèse est difficile à admettre.

Begouin et Chavannaz ont insisté sur le fait que le pédicule parovarien était moins vascularisé que le pédicule ovarien ; Bouilly fait intervenir la largeur du pédicule comme devant pallier à l'arrêt complet de la circulation. Olshausen a parlé de la torsion qui ne serait que temporaire ; dans ce cas, il se produirait un phénomène de détorsion et ce processus expliquerait les crises douloureuses successives et à long intervalle que nous avons relevées dans un certain nombre d'observations ; cette détorsion justifierait la disparition spontanée des accidents aigus.

Mais il est de nombreux cas où cette *détorsion* ne peut se produire ; elle exige, en effet, le plus souvent des circonstances favorisantes difficile à réunir ; les cas de détorsion spontanée sont extrêmement rares,

mais lorsque la tumeur présente avec les organes voisins des adhérences, cette détorsion ne peut être admise, il faut alors expliquer la disparition progressive des phénomènes aigus par un autre mécanisme.

Bégouin, Mériel ont songé à expliquer le rétablissement de la circulation intrakystique, par une adaptation nouvelle des vaisseaux dans le pédicule tordu. « Après une période de début, où il y a de la congestion, de l'œdème et même de l'hémorragie, les tissus s'assouplissent, l'étranglement du pédicule s'atténue, la circulation artérielle qui n'avait jamais été complètement interrompue se régularise et la circulation veineuse se rétablit peu à peu ; le pédicule reste tordu mais il ne présente plus d'étranglement ni d'œdème et l'on voit que le sang y circule à l'aise ; il y a eu une véritable *accommodation circulatoire*. » (Bégouin.)

Il nous semble que la meilleure explication de cette accommodation circulatoire se trouve dans la rapidité ou la lenteur de la torsion pédiculaire : il faut donc distinguer au point de vue anatomo-clinique une *forme chronique* où la torsion s'est faite lentement avec accommodation circulatoire, et une *forme aiguë* où la torsion brutale a étranglé la tumeur ; les deux formes peuvent d'ailleurs se succéder et l'observation que nous rapportons en est un exemple.

L'accommodation circulatoire semble la règle dans les kystes parovariens tordus ; de nombreuses observations ne montrent pas, en effet, de lésions de la masse pédiculisée ; la paroi kystique, la trompe, l'ovai-

re, sont de couleur à peu près normale, le contenu du kyste reste eau de roche, parfois sirupeux.

La torsion se fait donc le plus souvent sous une forme chronique, absolument en rapport avec la constitution de son pédicule.

c) L'étranglement du kyste parovarien tordu.

Cette accommodation circulatoire peut cependant être en défaut, comme nous l'avons vu ; il s'agit le plus souvent de kystes anciennement tordus et qui, secondairement, interrompent la circulation de leur pédicule ; parfois, au contraire, il semble que l'accommodation ne s'est pas faite et que des lésions d'étranglement, souvent discrètes, sont apparues.

Les causes de l'étranglement pédiculaire ne sont pas essentiellement différentes de celles de la torsion elle-même et nous n'avons pas retrouvé, dans les observations, d'éléments permettant de les individualiser.

Il est divers degrés anatomiques d'étranglement des kystes parovariens tordus.

La forme la plus habituelle est caractérisée par l'existence de suffusions hémorragiques dans les parois du kyste, de petites hémorragies dans l'ovaire, lequel, dans beaucoup d'observations, semble plus touché que la tumeur elle-même.

La trompe, au contraire, paraît moins atteinte et garde une meilleure circulation.

Le liquide reste aqueux, parfois légèrement teinté par les petites hémorragies intrapariétales de voisinage ; il n'y a pas d'hémorragie intra-kystique pro-

prement dite. C'est la première étape de l'étranglement.

Un degré de plus est constitué par l'hémorragie intrakystique : les caillots sont souvent stratifiés, les plus anciens déjà organisés recouverts par des apports récents ; parfois, le kyste contient un liquide visqueux, chocolat ou noirâtre, non coagulé.

Les lésions pariétales sont alors plus importantes et on peut les voir toutes jusqu'à l'apoplexie totale de la masse tordue et même jusqu'au sphacèle de celle-ci.

Notons, en outre, l'état des organes entraînés par le kyste : l'ovaire est généralement très augmenté de volume (ne l'a-t-on pas comparé à un œuf d'autruche ?), il est souvent le siège d'hémorragies interstitielles ; l'état de la trompe surtout est altéré : on note dans plusieurs observations un véritable *hématosalpinx* ; Herbeaux décrit une trompe hypertrophiée, allongée et étalée à la partie supérieure du kyste, ayant le volume de deux poings ; sectionnée, elle laisse échapper un litre de liquide visqueux de couleur chocolat et on remarque sur la surface interne de cette poche tubaire des taches ecchymotiques indiquant l'origine de cette hémorragie.

Sorel montre de même une trompe pleine de sang, en avant du kyste. Lenzi, également, observe une trompe énormément distendue, siège d'une importante hémorragie.

A ces faits d'hématosalpinx se rattachent, par une filiation directe, l'hémorragie *intra-péritonéale* que nous avons relatée dans l'observation originale que

nous rapportons. En effet, l'hématosalpinx apparaît ici comme une hémorragie se produisant au niveau des parois de la muqueuse tubaire, par le même mécanisme que celui de la transudation sanguine qui a lieu au niveau des parois de kystes étranglés, l'hémorragie dans le premier cas se collectant dans une trompe dont l'orifice abdominal est fermé.

Si, au contraire, l'*ostium abdominale* est resté perméable, — et c'est le cas de l'observation de MM. Vergnory et Mallet-Guy, — l'hématosalpinx ne pourra pas se collecter et se videra en quelque sorte au fur et à mesure de sa production dans la cavité péritonéale.

L'hémorragie intra-péritonéale, complication de l'étranglement des kystes, peut provenir cependant d'autres causes : rupture de la paroi du kyste (Obs. de Taddeus Reamy : la rupture se produit à proximité de l'insertion pédiculaire) ; rupture du pédicule lui-même dans les cas de sphacèle séparant la tumeur tordue.

On peut encore trouver des lésions hémorragiques dans le ligament large, ainsi que le rapporte Freeland, qui signale un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire remontant jusqu'à la veine rénale. Ainsi, la torsion des kystes parovariens doit prendre place parmi les causes d'hémorragies intra-péritonéale d'origine génitale qui, bien étudiés dans la thèse de Tartanson, sont, en dehors de la grossesse extra-utérine, les hémorragies dues à des lésions de la trompe et de l'ovaire, aux maladies générales hémorragiques, à la pachypéritonite hémorragique, par exemple.

CHAPITRE V

Etude clinique.

Nous serons bref sur l'étude clinique qui, le plus souvent, ne présente aucun symptôme propre à la torsion du kyste parovarien lui-même ; nous nous efforcerons seulement de montrer sous quels aspects peut se présenter le tableau clinique suivant que l'on a à faire à l'une ou l'autre des formes que l'anatomie et surtout la physiologie pathologique nous ont permis de distinguer.

Nous rapportons plus loin les observations classées en quatre groupes, chacun d'eux correspondant à un type bien défini qui peut n'être d'ailleurs qu'une étape évolutive, l'évolution ne pouvant être précisée, puisqu'elle a été arrêtée par l'intervention.

a) Formes se définissant *anatomiquement* par l'absence de lésions d'étranglement et *physiologiquement* par une accommodation circulatoire parfaite.

Cette catégorie se présente sous deux aspects cliniques différents : soit avec une allure *tout à fait chronique*, soit, au contraire, avec une *symptomatologie assez bruyante*, constituant, pour ainsi dire, une première étape vers une forme subaiguë qui n'aurait pas encore réalisé l'étranglement.

Il s'agit d'une malade chez qui l'examen révèle la présence d'une tumeur abdominale ou pelvienne présentant de petits épisodes douloureux. Ceux-ci ne paraissent point rythmés par le cycle de la menstruation et ne semblent correspondre qu'à des données étiologiques banales.

Ces épisodes sont caractérisés par une douleur assez brusque siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen, douleurs passagères, disparaissant au bout de quelques heures ; on note, assez souvent, en même temps, un léger degré de ballonnement, quelques vomissements, parfois un peu de rétention d'urine et une constipation qui ne durera pas. L'état général n'est nullement touché et la malade ne vient consulter qu'après la répétition de plusieurs de ces épisodes.

L'examen montre alors les signes classiques d'un kyste généralement abdominal, ne semblant pas tendu et que la majorité des observations montre fluctuant. Il est des cas, comme nous l'avons dit plus haut, où la crise est déjà plus intense et l'on trouve au point de vue clinique toutes les transitions avec les formes suivantes que nous allons décrire.

b) *Formes subaiguës.*

Deuxième étape de la torsion vers l'étranglement.

Définition anatomique : Petites hémorragies interstitielles de la paroi du kyste et de l'ovaire.

Définition physiologique : Début d'étranglement sur un pédicule généralement déjà en état d'accommodation circulatoire.

On relève dans ces formes la même symptomatologie physique ; la tumeur est presque toujours perceptible, soit par la palpation abdominale, soit par le toucher ; certains auteurs ont même pu identifier par une palpation minutieuse la trompe et l'ovaire augmentés de volume. Mais c'est le syndrome douloureux qui, dans ces cas, est un peu différent ; il est beaucoup plus intense, on note presque toujours des signes de réaction péritonéale très violents avec apparition d'un ballonnement souvent très marqué ; parfois, l'examen est douloureux, intolérable, avec défense de la paroi, et, dans quelques cas, lorsque la douleur siège d'une manière élective dans la fosse iliaque droite, il a pu être porté le diagnostic de crise appendiculaire ; ce syndrome douloureux est toujours accompagné de vomissements fréquents. Les signes généraux sont assez marqués : le pouls bat entre 110-120 ; la température oscille entre 38°-39° ; dans quelques observations, on note l'absence de signes douloureux violents et de réaction péritonéale, mais, à l'intervention, la présence de lésions hémorragiques et de phénomènes de torsion ne laissent aucun doute

sur l'interruption de l'accommodation circulatoire et sur le début d'étranglement.

c) *Formes aiguës : étranglement, hémorragie intra-kystique.*

Le plus souvent, ce type clinique se greffe sur des accidents déjà anciens de torsion chronique ou sub-aiguë ; c'est alors le tableau classique de l'étranglement d'un organe abdominal : signes généraux intenses, ballonnement, vomissements, arrêt des gaz. Souvent, l'examen montre un accroissement rapide de la tumeur et l'évolution se ferait théoriquement vers la péritonite généralisée par sphacèle du kyste tordu (éventualité rarement rencontrée, comme le montreront les observations que nous publions intégralement plus loin), si l'intervention ne venait mettre un terme au processus d'étranglement.

d) *Formes rares : Hémorragie intra-kystique et hémorragie soit par le vagin, soit dans la cavité abdominale.*

Le type de cette forme rare d'étranglement par torsion des kystes parovariens est réalisé par l'observation que nous avons rapportée.

Au syndrome d'étranglement peuvent s'ajouter des pertes que l'on ne confondra pas avec les règles, parce qu'elles ne surviennent pas à l'époque menstruelle et parce qu'elles consistent en un écoulement de sang chocolat, renfermant des caillots et qui est tout à fait comparable aux pertes des hématoécèles par rupture de grossesse tubaire.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces écoulements qui sont probablement dus aux lésions tubaires et qui se font par l'orifice utérin de la trompe.

Coïncidant ou non avec ces hémorragies vaginales peuvent exister des hémorragies intra-péritonéales, dont nous avons étudié plus haut le mode de production. Elles s'accompagnent des signes classiques de l'anémie aiguë. Notons dans le cours de la convalescence de notre malade l'existence d'un ictère passager. La découverte, au toucher, d'une masse pelvienne refoulant l'utérus, augmente encore la confusion entre ces faits et l'hématocèle rétro-utérine banale.

Diagnostic et traitement.

Nous n'étudierons pas en détail le diagnostic de cette affection qui, comme on le voit, peut se confondre avec la torsion du kyste ovarien et qu'aucun signe ne permet de distinguer; le seul point qui nous paraisse digne d'être noté est la confusion avec la rupture de grossesse tubaire. Un interrogatoire minutieux, l'existence de crises antérieures sans arrêt de la menstruation ne permettent qu'à peine d'éliminer ce diagnostic, puisqu'on sait combien souvent est conservée

la menstruation pendant un certain temps de l'évolution de la grossesse tubaire (1).

D'ailleurs, l'intervention est le seul traitement de ces affections. Et la guérison est obtenue d'ailleurs dans la grande majorité des cas. Les trois observations suivies de décès que nous avons relevées se rapportent, en effet, à des malades qui avaient demandé l'intervention trop tardivement, ou bien l'avaient refusée.

Il faut insister cependant sur la *nécessité d'opérer même les cas semblant évoluer chroniquement*, puisque, subitement, un accident aigu peut venir se greffer sur les lésions chroniques de torsion. De tels kystes sont aptes à s'étrangler et le meilleur traitement préventif sera l'extirpation à froid du kyste, notion généralement admise à l'heure actuelle.

(1) Gignoux, thèse Lyon 1924-25.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Torsion et accommodation circulatoire parfaite.

Nous ne faisons que citer les cas nombreux pouvant se classer dans cette catégorie. Les détails de l'observation ne présentent généralement aucun intérêt spécial. Nous avons seulement indiqué les quelques points originaux, qui peuvent les différencier.

Tous ces malades ont été opérés et ont été guéri.

Obs. 2. — (Ott. *Soc. d'Obst. et Gynécol. de St-Petersbourg*, novembre 1893.)

Cas de torsion d'un kyste du parovaire.

Obs. 3. — (R. Fauwell. *Quart. Med. J. Sheffield*, 1893-1894, p. 247.)

Cas de torsion aigu du pédicule d'un kyste du ligament large. Symptômes de péritonite aiguë.

OBS. 4. — (Thorn, *Festschr. f. d. Gyn. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu*, Berlin, 1894.)

Cas de torsion d'un kyste du parovaire avec adhérences.
3 tours de torsion.

OBS. 5. — (Brindel, *Soc. d'anat. et physiol. et de pathol. de Bordeaux*, 23 avril 1894.)

Gros kyste du parovaire indépendant de la trompe et de l'ovaire avec un long pédicule tordu sur lui-même. Crises douloureuses violentes.

OBS. 6. — Wisser, *Diss. Bonn.*, 1895.)

Cas de torsion d'un kyste du parovaire.

OBS. 7. — (Ergström, *Finska. Läkarsällskapets handlingar*. Bd. XXXVII, n. 6, 1895.)

Kyste du parovaire tordu sur son pédicule.

OBS. 8. — (Cortiguera, *Medica de Salamenca; Annales de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Madrid*.)

Enorme kyste du parovaire (12 litres) tordu une fois et demie sur son axe.

OBS. 9. — (Lea, *Tr. of the obst. Soc. London*, 1897, Vol. XXXIX.)

Kyste du parovaire avec phénomènes d'occlusion et signes de réaction péritonéale.

OBS. 10. — (Bouilly in Baron, Thèse Paris, 1898, n. 506, obs. VII.)

Kyste parovarien intra-ligamenteux avec légère torsion du pédicule. Ovariectomie. Guérison.

OBS. 11. — (Schrader, *Deut. Med. Woch.*, 1898.)

L'auteur signale un cas de torsion de kyste parovarien avec crise appendiculaire.

OBS. 12-13. — (Martin, in *Die Erkrankungen der Eierstöcke*, 1899, S. 450.)

Signale deux cas de torsion de kystes parovariens.

OBS. 14. — (Spencer, *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1900.)

L'auteur rapporte un cas de torsion d'un kyste parovarien avec de nombreuses crises douloureuses éloignées. Ablation. Guérison.

OBS. 15. — (Spencer, id.)

Kyste du parovaire pris pour un kyste de l'ovaire.

OBS. 16. — (Cestan, *Languedoc médico-chirurgical*, 1900, vol. VIII.)

Kyste du parovaire tordu sur son pédicule.

OBS. 17. — (Berry, *Hart, Zent. f. Gyn.*, 1901.)

Kyste parovarien tordu sur son pédicule.

OBS. 18. — (J.-L. Faure, in Mouchotte, *Bullet. de la Soc. Anat. de Paris*, 1902, LXXVII, p. 567.)

Kyste du ligament large droit tordu d'un tour. Ablation. Guérison.

OBS. 19. — (Berk, *Münch. Med. Woch.*, 1902.)

Kyste du parovaire tordu subitement d'un tour et demi sur son axe.

OBS. 20. — (Peyer, *Monatssc. f. Geb. u Gyn.* Bd. XIV.)

Gros kyste du parovaire tordu contenant 14 litres de liquide.

OBS. 21. — Goldberg. 1902. *Monats. f. Geb. u Gyn.* Bd. XIV, p. 751.)

Kyste du parovaire tordu sur son pédicule.

OBS. 22. — (Sikora, *Presse Médicale*, 29 octobre 1903.)
Torsion du pédicule d'un kyste du ligament large.

OBS. 23. — (Major. *The Lancet*, 12, XII, 1903).
Kyste du parovaire avec phénomènes aigus de torsion.

OBS. 24-30. — (Fraugenheim. *Diss. Erlangen*, 1903. *Über Stiehdrehte ovarialtumoren.*)

L'auteur rapporte sept cas de torsion pour 101 cas de kystes du parovaire opérés.

OBS. 31. — (Chavannaz. *Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, 1903.)

Kyste du parovaire avec torsion du pédicule. Ablation. Guérison.

OBS. 32. — (Rider. *Parovarian. Cyst with twisted pedicle. Lancet*, London, 1903.)

OBS. 33. — (Bardzinski. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. 20.)

L'auteur présente deux kystes du parovaire dont l'un s'était subitement tordu.

OBS. 34. — Peraire. *Soc. de l'internat des hôp. de Paris*. 26 mai 1905.)

Kyste du parovaire avec adhérences multiples. Ablation. Guérison.

OBS. 35. — (Vanverts. *Ann. de Gynécol. et d'obst.*, février 1905.)

Kyste du parovaire à contenu eau de roche. Ablation. Guérison.

OBS. 36-37. — (Brothers. *Parovarian Cyst. With. twist. of. the pedicle. Am. J. Obst. N. J.*, 1905.)

L'auteur rapporte deux cas de torsion du kyste du parovaire.

OBS. 38. — (Zacharias. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n. 15, p. 468.)

L'auteur cite un cas de torsion de kyste parovarien compliqué de grossesse. Guérison. Accouchement normal.

OBS. 39. — (Jamin et Violet. *Lyon Médical*, 1905.)

Tumeur hystique du ligament large tordue.

OBS. 40-41. — (Lippert. *Beitrag z. Klin. der Ovarialtumoren. Arch. J. Gyn.* vol. 74, 1905.

L'auteur rapporte deux cas de torsion sur 43 cas de kystes parovariens opérés.

OBS. 42. — (Van Sweringen. *Fort Wagne N. J.* May 1905.)

Torsion d'un kysté du parovaire sur son pédicule.

OBS. 43. — (Hartmann, *Ann. de gynéc. et d'Obst.*, février 1905.)

Kyste du parovaire tordu.

OBS. 44. — (Berkeley, *The British medical Journal*, 1905.)

OBS. 45. — (Dmons in *Thèse Rioms*, Bordeaux, 1906.)

Kyste parovarien droit à pédicule tordu. Extirpation. Conservation de l'ovaire.

OBS. 46. — Lacouture. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 mai 1906.)

Kyste du parovaire à pédicule tordu.

OBS. 47. — (Seitz. *Beitr. z. Beb. u. gyn.* Bd. XI.)

Kyste du parovaire à pédicule tordu. Pas de troubles hémorragiques.

OBS. 48. — (Wiener. *Münch. méd. Woch.*, 1906.)

Un cas de torsion d'un kyste parovien.

Os. 49. — (Aman, *Münch med. Woch.*, 1906.)

OBS. 50. — (Neugebauer. *Monatsschrift f. Geb. u. gyn.*, 1906.)

Ablation d'un kyste du parovaire sans interruption de la grossesse.

OBS. 51-64. — (Schauta, *Zent. f. Gyn.*, 1906.)

L'auteur signale 14 cas de torsion du kyste du parovaire.

OBS. 65. — (Fabricius. *Gynaekologische Rundschau*, 1908, p. 619.)

Torsion d'un kyste du parovaire avec utérus fibromateux.

OBS. 66. — (Poucet et Vanverts, *Nord Médical*, Lille, 1908.)

Torsion d'un kyste parovarien avec phénomènes d'intoxication.

OBS. 67-68. — (Lefèvre. *La Gynécologie*, 1912, p. 705.)

L'auteur rapporte deux cas de torsion de kyste du parovaire.

OBS. 69. — (H. Gorgens. *Inaug. Dissert.* Bonn, 1912.)

Kyste du parovaire tordu et grossesse.

OBS 70. — (O. Retztaafs. *Monatsch. J. Geburtch. in Gyn.*, 1907, XXV.)

Kyste du parovaire tordu et grossesse.

DEUXIÈME GROUPE

Torsion. — Lésions interstitielles discrètes.

Accommodation circulatoire imparfaite.

OBS. 71. — (Lawson Tait. *Traité des maladies des ovaires* : trad. par Olivier. Paris, 1886, p. 386.)

Femme de 36 ans, multipare, arrêt des règles depuis dix-sept semaines. Augmentation très rapide du volume de l'abdomen. Douleurs abdominales intenses. *Laparotomie*. Kyste parovarien droit, couleur noir perle. Ovaire dix fois plus gros qu'à l'ordinaire. Trompe allongée avec effusions sanguines. Contenu du kyste couleur paille visqueux. Trois tours de torsion. Pas d'adhérences. Guérison parfaite.

OBS. 72. — (Boiffin. Torsion du pédiculé dans les kystes de l'ovaire. *Association Française pour l'avancement des sciences*. Session de Besançon. Séance du 4 août 1893.)

L'auteur signale un cas de torsion d'un kyste du parovaire sur son pédicule. L'ovaire et la trompe soumis aux mêmes troubles que la tumeur présentent des lésions spéciales qui expliqueraient l'intensité de la douleur ressentie par la malade. L'ovaire a atteint le volume d'un poing et est transformé en une masse apoplectiforme. La trompe est allongée sur la tumeur et mesure 20 centimètres. L'intervention pratiquée 60 heures après le début des accidents fut suivie de guérison.

OBS. 73. — (Dranitzine, *Soc. d'Obst. et Gyn. de Saint-Petersbourg*, novembre 1893.)

L'auteur présente un kyste du parovaire de la grosseur d'un œuf de poule, plein de liquide séro-sanguinolent. Le pédicule et la trompe présentaient deux tours et demi de torsion. La trompe était restée perméable.

OBS. 74-75. — (Brosin, *Zent. f. gyn.* 1897, N. 7.)

L'auteur présente un cas de torsion de kyste du parovaire, avec hématome de l'ovaire. Cas semblable à celui présenté en 1894.

OBS. 76. — Binand et Chavannaz, *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1895.)

Malade de 27 ans, deux grossesses. Troubles menstruels. Crises douloureuses abdominales avec ballonnement du ventre et vomissements. Augmentation de volume de l'abdomen.

Intervention. — Tumeur kystique à contenu clair. Pédicule tordu d'un tour et demi. Ovaire violacé et étiré.

OBS. 77. — (Begouin et Fieux. *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux.*)

Malade présentant une tumeur abdominale. A l'examen, grossesse de 6 mois et kyste de l'ovaire. Accouchement au bout de quelques jours d'un prématuré. Suites normales jusqu'au dixième jour. A cette époque, rétention des lochies, vomissements.

Laparotomie. Kyste du ligament large tordu quatre fois, ayant entraîné l'ovaire qui avait fait un tour et demi. Contenu du kyste, liquide clair. Trompe en écharpe. Hémorragies dans les parois du kyste.

Les lochies réapparaissent. La malade mourut cependant 50 heures après.

OBS. 78. — (Mittermaier. *Zent. f. Gyn.*, 1897, N. 7.)

Femme de 18 ans tombée malade subitement. T. 38, pouls 120. Vomissements. Signes de réaction péritonéale.

Laparotomie. Légère ascite. Kyste droit de couleur gris bleuâtre, tordu de deux tours sur son axe. La trompe entoure la tumeur. Ovaire, séparé de la tumeur, est augmenté de volume et congestionné. Guérison.

Obs. 79. — (Chaput in Baron, *thèse* Paris, 1898.)

Femme 28 ans, multipare. Il y a cinq ans, apparition de douleurs abdominales, avec présence d'une tumeur sur le flanc droit. La malade refuse l'intervention. Ponction de la masse, guérison. Il y a quelques mois, réapparition de douleurs abdominales intolérables, avec vomissements biliens. *Intervention.* — La ponction ramène trois litres de liquide clair ; ablation de la poche non adhérente ; ligature sur la trompe et l'ovaire apoplectiques. Trois tours de torsion. Guérison. La malade continue sa grossesse.

Obs. 80. — (Kossmann, in Martius. *Die Erkrankungen der Eierstöcke* s, 940, 1899.)

L'auteur cite un cas de torsion d'un kyste du parovaire sur son pédicule, avec de violents symptômes de péritonite. L'intervention montra des hémorragies interstitielles dans la paroi du kyste et un infarctus de l'ovaire.

Obs. 81. — (Orthmann. *Zent. f. gyn.*, 1902, N. 1.)

Femme de 36 ans, multipare ; troubles douloureux dans le flanc droit. A l'examen, tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant.

Intervention. — Kyste du parovaire droit gris noirâtre avec congestion du péritoine et des anses intestinales et légère ascite sanglante. Un tour de torsion de la masse. Trompe allongée de 12 centimètres. Ovaire infiltré de sang. A gauche, hydrosalpinx.

Obs. 82. — (Goldberg, 1902. *Monats. f. Geb. u. gyn.* Bd. XIV, p. 751 et 754.)

Femme de 57 ans, chez qui l'on trouve à l'intervention un kyste du parovaire tordu sur son pédicule uniloculaire à contenu séreux. La trompe était longue de 28 centimètres. Ovaire congestionné.

OBS. 83. — (Cœn, *Annali di Ost. e. gyn.*, 1902.)

Multipare de 21 ans. Bonne santé habituelle. Apparition d'une tumeur abdominale avec douleurs abdominales assez violentes dans la fosse iliaque gauche. A l'examen : tumeur du volume d'une tête de fœtus, élastique, mobile, indépendante de l'utérus.

Intervention. — Kyste parovarien tordu, libre de toute adhérence. Torsion de trois tours de spire de gauche à droite. Liquide limpide. Guérison. Ovarie ecchymotique. Trompe longue de 18 centimètres.

OBS. 84. — (Cœn, L. c.)

Femme de 43 ans. Bonne santé. Règles régulières. Apparition subite de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche avec vomissements. Abdomen tendu avec tumeur perceptible, fluctuante.

Température 39°. Signes péritonéaux.

Intervention. — Kyste du parovaire tordu de quatre tours de spire. Tumeur du volume d'une tête d'adulte. Son contenu est liquide, limpide. Sa paroi de couleur noire. La trompe est allongée (25 centimètres). Le pavillon perméable. L'ovaire est augmenté de volume, couleur lie de vin.

OBS. 85. — (Cœn, L. c.)

Femme de 39 ans. Multipare. Depuis quatre ans, douleurs dans le bas-ventre avec périodes de rémissions. Augmentation de volume progressive de l'abdomen. A l'examen, tumeur fluctuante remontant jusqu'à l'épigastre.

Intervention. — Kyste parovarien de la grosseur d'une tête d'adulte, libre de toute adhérence, tordu d'un tour et demi sur son pédicule. Contenu de 4 litres d'un liquide clair. La paroi du kyste, épaisse de 4 mm. est de couleur grisâtre. La trompe mesure 21 cm., allongée sur la tumeur. L'ovaire présente de nombreuses taches ecchymotiques.

OBS. 86. — (Hartmann, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1903.)

Jeune fille de 23 ans. A présenté à plusieurs reprises des crises douloureuses abdominales. Les dernières se produisent au cours d'une grossesse.

A l'examen : masse arrondie, rénitente, peu sensible à la pression.

Intervention : tumeur arrondie, grisâtre. ponction : 950 cc. liquide clair. Torsion du pédicule d'un tour. Guérison. Accouchement à terme.

Examen de la pièce : ovaire peu volumineux, mou, étalé. La trompe allongée, étirée, encercle la tumeur. Surface lisse sans adhérences, mais ecchymotique sans le pédicule.

OBS. 87. — (Lance. *Presse médicale*, 29 août 1903, p. 613.)

Pièce présentée à la Société anatomique (24 janvier 1903.)

Tumeur liquide contenant environ 7 litres de liquide séro-sanguinolent. Les parois étaient infiltrées de sang. La trompe, malade, formait un anneau rigide et divisait la tumeur en deux lobes.

OBS. 88. — F. Dainville, *Soc. anat. de Paris*, décembre 1903.)

M^{me} A. L., 34 ans. Depuis deux ans a éprouvé plusieurs crises douloureuses avec longues périodes d'accalmie. Depuis dix jours, violence et intensité inusitées des crises, avec vomissements.

A l'examen, pas de signes abdominaux ; au toucher, tumeur pelvienne lisse, régulière, rénitente semblant indépendante de l'utérus. Température et pouls normaux.

Intervention. — Tumeur kystique, noirâtre, sans adhérences. Trois tours de torsion. Ablation. Guérison.

Examen de la pièce. — La trompe et le kyste sont très congestionnés et présentent une teinte rouge noirâtre. Le kyste contient environ 300 grammes de liquide couleur gelée de groseille.

OBS. 89. — (Lucas, Championnière et Filhoulaud, *Soc. anat.*, mai 1904.)

Femme de 22 ans. Bien réglée. Pas d'enfants. Crises péritonéales à plusieurs reprises, qui cèdent au traitement médical.

Le 11 mai 1904, à la suite d'efforts de défécation, crise de nouveau très violente, vomissements. Signes péritonéaux. Examen intolérable.

Intervention. — Tumeur du volume d'un gros poing tordu sur son axe d'un tour et demi. En dehors et au-dessous, une autre masse noirâtre, du volume d'une noix, qui est l'ovaire droit infiltré de sang dans sa totalité. Contenu du kyste : liquide citrin légèrement teinté de sang.

OBS. 90. — (Seitz, *Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd.*, XI.)

Femme de 26 ans. Règles normales. Depuis deux ans, crises douloureuses, avec intervalles de bonne santé. Tumeur abdominale augmentant progressivement de volume, avec apparition de signes péritonéaux. Ponction du kyste par le Douglas : liquide légèrement sanglant. Infiltration hémorragique de l'ovaire bilobé.

OBS 91. — (Opitz, *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1906.)

Femme de 47 ans, multipare. Crises douloureuses abdominales depuis cinq semaines. A l'examen : tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, peu douloureuse à la palpation.

Intervention. — Kyste parovarien droit tordu sur son pédicule de 180°. Ovaire aplopectique. Guérison.

OBS. 92. — (Sutcliffe, *The Lancet*, 1906, vol. II, n° 10.)

L'auteur cite un cas de torsion de kyste parovarien chez une jeune fille de 15 ans, s'étant manifesté par des douleurs dans la fosse iliaque droite, simulant une crise d'appendicite.

A l'intervention. — Légère ascite hématique. Kyste ou ligament large uniloculaire, tordu quatre fois sur son axe. Ovaire notablement congestionné et œdématisé.

OBS. 93. — (Sutcliffe, *The Lancet*, 1906, vol. II, n° 10.)

Violente crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, avec vomissements.

Intervention. — Kyste du ligament large gauche émigré à droite sans adhérences, tordu trois fois sur son axe. Ovaire très congestionné.

OBS 94. — Fossati, *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, décembre 1908, p. 621.)

Crises douloureuses, sans phénomènes péritonéaux.

Tumeur perceptible par l'abdomen et par le toucher.

Intervention. — Kyste du parovaire trois fois tordu sur son axe. Pas d'adhérences. Parois épaisses de 6 cm. et très vascularisée. Trompe allongée, congestionnée. Contenu du kyste : liquide citrin. L'ovaire est augmenté de volume, couleur rouge brunâtre.

OBS. 95. — (Fossati, *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, décembre 1908.)

Tuméfaction abdominale, avec augmentation de volume progressive de l'abdomen. Pas de crises douloureuses aiguës.

A l'examen : Abdomen distendu par une tumeur atteignant la région sous-ombilicale, très mobile, indolente à la palpation.

Intervention. — Tumeur parovarienne tordue une fois sur son axe, contenant un liquide séreux, liquide. Pas d'adhérences. Trompe allongée, tuméfiée, aplatie, congestionnée. quelques ecchymoses sur la paroi kystique. Ovaire augmenté de volume avec taches ecchymotiques.

OBS 96. — (Fossati, *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, décembre 1908.)

Crises douloureuses périodiques ; la dernière fut plus particulièrement violente. A l'examen : tumeur abdominale, élastique, fluctuante, peu douloureuse.

Intervention. — Tumeur globuleuse, du volume d'une tête d'adulte. Trompe très allongée, tuméfiée et congestionnée. La ponction montre un liquide légèrement teinté de sang. A la partie inférieure du kyste, taches ecchymotiques, hématomes noirâtres, vaisseaux thrombosés. Ovaire congestionné, ecchymotique, œdémateux. Pédicule long de 5 cm., tordu deux fois.

Obs 97. — De Rouville, in *Thèse Agostini*, Montpellier, 1920.)

Mme P..., 36 ans. Depuis huit ans, crises douloureuses et pertes blanches. Apparition progressive d'une tumeur. Dernière crise très violente. A l'examen : tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic, mate, très mobile.

Intervention. — Gros kyste, grosseur d'une tête d'enfant, logé sous le foie, tordu trois fois sur son axe. Petit kyste pédiculé également. Ovaire tordu, du volume d'un œuf de poule, noirâtre, rempli de poches hématiques. Trompe triplée de volume, perméable, présentant des hémorragies intra-pariétales. Contenu des deux kystes absolument fluide et citrin.

TROISIÈME GROUPE

Torsion et étranglement. Hémorragie intra-kystique.

OBSERVATION 98

(LAWSON TAIT, *Lancet*, 1879, t. I, p. 915.)

Mme E..., âgée de 43 ans, me fut adressée, en mars 1879, par M. le Docteur Fausset, de Tanworth. Elle était accouchée pour la dernière fois quatre ans auparavant et elle était bien réglée. Je reconnus l'existence d'une petite tumeur qui, d'après mon diagnostic, devait être monokystique et probablement parovarienne. Je conseillai à la malade de ne se soumettre à aucune opération jusqu'à ce que la tumeur fût plus considérable.

Elle revint le 9 juin. Sa tumeur avait considérablement augmenté et elle souffrait de douleurs abdominales intenses. Sa figure avait une expression anxieuse toute particulière, et sa température montait à 39° le soir. Je lui recommandai, en conséquence, l'enlèvement immédiat de la tumeur.

A l'ouverture du ventre, je trouvai un kyste de couleur noir perle, adhérent de toutes parts par une lymphé récente. Son contenu était absolument noir et ses parois étaient noires, gangréneuses et, par places, absolument putrides. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois ; au niveau du point où l'étranglement était à son maximum, il n'avait que l'épaisseur d'un crayon d'artiste. Je le liai immédiatement au-dessous de ce point.

Après l'opération, la malade ne ressentit aucune douleur. Jamais la température ne monta au-dessus de 37°. Guérison parfaite.

L'ovaire droit était compris dans la gangrène ; mais il ne faisait pas corps avec la tumeur. La rotation s'était faite de dedans en dehors, vers la droite.

OBSERVATION 99

(H. A. LEDIARD, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1886, t. XXXVII, p. 353.)

Femme de 23 ans. Kyste du parovaire tordu. Le kyste était fortement adhérent sur toute sa surface. Il renfermait une notable quantité de caillots sanguins anciens. Au niveau de sa base existaient des veines dilatées et remplies de sang coagulé ; l'une d'elles avait le volume du sinus latéral. L'ovaire, situé dans la région de la base du kyste, était augmenté de volume, mais sain. Le contenu du kyste était aqueux, comme celui des kystes du parovaire, mais très sanguinolent.

Le kyste fut enlevé et la guérison survint normalement.

OBSERVATION 100

(MONTAZ, Kyste parovarien tordu. Société de Médecine et Chirurgie de l'Isère, séance du 11 novembre. *Dauphiné Médical* de novembre 1892.)

Femme de 40 ans. Bonne santé habituelle. Depuis six mois, on note une augmentation de volume progressive de l'abdomen. Puis, subitement, augmentation beaucoup plus rapide, avec état de faiblesse générale, avec douleur abdominale et température.

A l'examen, on note un abdomen distendu par une tumeur élastique, fluctuante, médiane. Mictions difficiles. Le cathétérisme exclut la possibilité d'une distension vésicale.

Etat général bon. Fièvre vespérale.

Diagnostic clinique : Kyste du parovaire tordu sur son pédicule et suppuré.

Intervention : Guérison complète.

Examen de la pièce. — Le pédicule a subi un seul tour de torsion. L'ovaire est indépendant du kyste, la trompe est normale. La paroi du kyste est épaisse d'un centimètre

environ et présente les traces de quelques adhérences récentes. Elle est de couleur roussâtre, ecchymotique dans sa partie supérieure, avec de nombreuses infiltrations sanguines et des coagula récents.

Le kyste est uniloculaire, son contenu est hématique, liquide; couleur chocolat.

OBSERVATION 101

(HERBEAUX, *Jour. des Sc. Méd.*, Lille, 29 juillet 1899,
n° 29, p. 91.)

Femme 45 ans, gouvernante. Réglée à 14 ans. Règles normales pas d'enfants et s'est toujours bien portée jusqu'à ces dernières années. Bons antécédents héréditaires et personnels.

En 1897, commence à se plaindre de troubles digestifs et de gêne dans la défécation. Les règles restant régulières et l'état général bon, elle ne voit pas de médecin. En mars 1899, elle eut des phénomènes de péritonite. On lui ordonne des applications de glace sur l'abdomen et des boissons glacées. Ces symptômes disparaissent en quelques jours, mais il subsiste une tumeur abdominale, qui occupe le flanc droit et déborde jusqu'à la ligne médiane.

Entre le 12 mai 1899 à l'hôpital, où M. Duret constate, par la palpation abdominale, le toucher vaginal étant impossible à cause de l'étroitesse excessive du vagin, une tumeur très peu dure, peu mobile, située presque sur la ligne médiane.

On diagnostique un fibrome. Ce n'est qu'à l'ouverture du ventre que le chirurgien reconnut un kyste parovarien, dont le pédicule était tordu. Après avoir rompu les adhérences multiples, mais peu consistantes, du kyste, il pinça le pédicule et en fit la ligature.

Le 1^{er} juin, la guérison était complète et la malade se levait.

A l'examen, le kyste paraît avoir le volume de deux poings, avec des parois épaisses, opaques, très vasculaires. Il s'est développé entre les deux feuillets du ligament large droit.

La trompe, hypertrophiée et allongée, se trouve étalée à sa partie supérieure. Sectionnée, il s'en échappe un litre de liquide visqueux, de couleur chocolat. Vidée, on voit la surface interne de la poche, qui est parsemée de taches ecchymotiques, indiquant nettement qu'elle était le siège de phénomènes inflammatoires.

OBSERVATION 102

(CERNÉ, in Coen. Le cisti del paraovario e la loro torsione nel peduncolo. *Annali di Ost. e Gin.*, 1902.)

*Kyste du parovaire par torsion de son pédicule.
Hémorragie intra-kystique.*

L'auteur présente à la Société Médicale de Rouen (18 juillet 1888), un cas de kyste tordu sur son pédicule de trois tours de spire. Le kyste est séparé de l'ovaire, il est uniloculaire et est formé au dépend du parovaire. La partie située un peu au-dessus du point de torsion est infiltrée de sang noir. Le contenu du kyste est formé par du sang, avec des coagulations fibrineuses adhérentes à la paroi. Pas de traces d'inflammation ni de la tumeur ni de son pédicule.

La symptomatologie clinique fut constituée principalement par des accidents douloureux pendant trois mois.

OBSERVATION 103

(SOREL, *Revue Médicale de Normandie*, septembre 1903.)

*Kyste du ligament large avec torsion du pédicule.
Hémorragie intra-kystique. Hématosalpinx.*

Femme de 51 ans, toujours bien réglée, a eu un enfant très bien portant ; pas de fausses couches. Depuis un an, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume et de temps

en temps elle éprouve des douleurs. Elle entre à l'hôpital.

Examen. — A l'inspection, ventre augmenté de volume, particulièrement au-dessous de l'ombilic, ni saillant ni déprimé.

A la palpation, peau souple, ridée, non adhérente à la tumeur, que l'on peut saisir entre les deux mains et dont le volume est égal à la tête d'un fœtus de poids moyen. Cette masse est mobile de droite à gauche, occupe toute la ligne médiane de l'ombilic au pubis, sans bosselure, fluctuation peu appréciable.

Au toucher, on trouve un col assez ferme et élevé, à orifice non déchiqueté et peu ouvert. Le choc de haut en bas ne déplace pas l'utérus de la masse que l'on a sous la main gauche. Aucun signe de grossesse. Je conclus à un kyste ovarien.

Le 11 juillet, laparatomie, extraction en masse d'un kyste, sans ponction ni incision. Ce kyste a un pédicule tordu une fois et demie sur lui-même ; on trouve, en avant, la trompe pleine de sang et, en arrière, un ovaire fibreux.

C'est un kyste du ligament large, puisque nous avons trouvé en arrière l'ovaire et que la paroi du kyste est composée de deux feuillets ; le contenu est une bouillie chocolat.

La malade sort guérie le 1^{er} août.

OBSERVATION 104

(FIEUX et CHAVANNAZ, *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux*, 8 novembre 1904.)

Kyste du paroaire gauche à pédicule tordu, auquel adhère un hémato-salpinx en train de se fusionner avec le kyste. Hémorragie intra-kystique.

Jeune femme de 23 ans, qui a accouché, il y a quatre mois, normalement. Quelques jours après son accouchement, elle est atteinte d'accidents infectieux pour lesquels M. Fieux est appelé. Ces accidents cèdent rapidement, mais M. Fieux

constate chez cette jeune femme l'existence d'une tumeur liquide au voisinage de l'utérus. Cette tumeur ne semble pas avoir causé de troubles à la malade jusqu'ici ; mais, peu de temps après la guérison de son infection utérine, elle ressent brusquement de vives douleurs dans le bas-ventre, avec tendance à la syncope, et M. Fieux pense qu'il s'agit là d'accidents de torsion du pédicule d'un kyste du parovaire gauche. A l'intervention, on découvre un kyste du parovaire gauche, à pédicule tordu, contenant deux litres environ d'un liquide sanguinolent ; mais ce kyste dépendant du parovaire gauche déborde largement à droite.

Enfin, à ce kyste du parovaire, est accolé un hémato-laspinx secondaire sur le point de se fusionner avec lui, les deux tumeurs ne présentant encore aucune communication.

OBSERVATION 105

(Société de Chirurgie de Lyon, séance du 19 janvier 1905.)

*Kyste au ligament large ; torsion sur son pédicule.
Hémorragie intra-kystique ; ablation par la voie vaginale.*

M. Villard présente une pièce constituée par un kyste du volume d'une grosse orange, développé dans l'aileron tubaire du ligament large droit et tordu au niveau de son pédicule, constitué par la trompe elle-même.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui présentait, depuis 15 jours, des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite et le petit bassin, s'accompagnant de phénomènes péritonéaux sérieux. Passé pathologique peu chargé, accidents infectieux *post partum*, trois ans auparavant, sans suites.

Le 12 décembre dernier, sans cause appréciable, cette malade fut prise d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, avec état nauséux et vomissements. Ces premiers accidents furent de courte durée ; la malade put reprendre son travail. Au 1^{er} janvier, réapparition des douleurs, qui acquièrent une telle intensité qu'un médecin appelé songe à

une appendicite et ordonne le repos absolu au lit. Nouvelle accalmie, qui permet à la malade de reprendre ses occupations.

Le 12 janvier, nouvelle poussée, avec météorisme abdominal, arrêt à peu près complet des selles et des gaz ; douleurs violentes dans la fosse iliaque droite et dans le petit bassin, état nauséux très marqué. Pouls 110, température 37°7. La malade entre à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen : Etat général meilleur, émissions gazeuses par l'anus, douleurs moins vives, pouls à 100, température normale. L'exploration de l'abdomen montre une défense nette de la paroi, sans zone d'empâtement réelle. Exploration douloureuse. Le toucher vaginal montre un utérus de petit volume, sans ramollissement du col, repoussé très en avant par une grosse tuméfaction du cul-de-sac postérieur. Cette tuméfaction, très douloureuse à la pression, est arrondie, faisant assez facilement saillie en bas et se prolongeant en haut, vers la fosse iliaque droite.

Les règles sont apparues avec un retard de trois jours, mais normales aux autres points de vue.

Le diagnostic fut posé entre une salpingite, une hématoçèle et des phénomènes d'appendicite pelvienne ; on pencha pour ce dernier.

Le 17 janvier : colpotomie postérieure. L'ouverture du cul-de-sac de Douglas laissa écouler une notable quantité de liquide séro-hématique et conduisit immédiatement sur une tumeur kystique ponctionnée et extraite ensuite avec la plus grande facilité ; son pédicule était constitué par la trompe utérine, qui avait subi une torsion de trois demi-tours de spire. Une pince fut laissée à demeure sur ce pédicule. Les suites opératoires furent simples. Guérison.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste développé dans l'aîlillon du ligament large, au voisinage de la trompe. Il paraît être développé aux dépens des débris embryonnaires du parovaire.

OBSERVATION 106

(DERERA, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 17, p. 478.)

Femme de 24 ans, normalement réglée. Bon état de santé. Est amenée à l'hôpital le 14 février 1906. Les jours précédents, violentes crises douloureuses dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen.

A l'examen : abdomen notablement ballonné. Au palper et au toucher combinés, on arrive à délimiter, au devant de l'utérus, une tumeur kystique de la grosseur d'une tête d'enfant.

Vomissements ; pouls à 120 ; température normale.

Diagnostic. — Kyste du parovaire tordu sur son pédicule. L'intervention conseillée fut refusée par la malade. Les signes de péritonite devinrent plus intenses et la mort survint le jour suivant.

L'autopsie confirma le diagnostic.

Le petit bassin était occupé par un kyste de la grosseur d'une tête d'enfant, à long pédicule et à contenu séro-sanguinolent. Le pédicule était tordu d'un tour sur son axe, était formé par la trompe et le ligament large gauche.

OBSERVATION 107

(LENZI, *Archivio di Ost. e Gin.*, 1907.)

Femme de 43 ans. Quatre enfants biens portants. Le dernier accouchement date de sept ans. Règles régulières ; les dernières datent de 15 jours.

Depuis deux ans, est apparue dans la fosse iliaque gauche une douleur intermittente, accompagnée d'un léger tympanisme. Pas de vomissements, mais légère réaction thermique.

Examen général négatif, sauf un certain degré de ténésme vésical. Urines normales.

Examen local : palpation de la région inguinale gauche légèrement douloureuse.

Au palper et au toucher combinés à travers le cul-de-sac vaginal antérieur et la fosse iliaque gauche, à la limite supérieure de la symphyse pubienne, on trouve une tumeur du volume d'une grosse orange, lisse, élastique, mobile en tous sens. L'utérus est à droite de la tumeur.

La trompe et l'ovaire ne sont pas perçus.

Diagnostic clinique : Tumeur kystique annexielle gauche.

Intervention : A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur un kyste parovarien gauche, de la grosseur d'une orange, de couleur ardoisée, à surface lisse, tordu sur son pédicule par quatre tours de spire, dans le sens des aiguilles d'une montre. Quelques traces d'adhérences aux anses intestinales. La trompe est énormément distendue et étalée sur la paroi de la tumeur. L'ovaire est indépendant et de coloration ardoisée. Le pédicule est constitué par le bord utérin du ligament large, long de 2 cm., large de 4.

Le liquide du kyste est fluide, couleur marc de café. Hémorragies interstitielles dans les parois du kyste, le tissu ovarien et la trompe.

OBSERVATION 108

(FOSSATI, *Annali di Ostetrica e Ginecologia*
décembre 1908, p. 621.)

Kyste du parovaire tordu sur son pédicule.
Hémorragie intra-kystique.

B. G., 37 ans. Bonne santé habituelle. Examen général négatif. Température, 36°8. Pouls, 75.

Apparition d'une tumeur à l'hypogastre légèrement douloureuse ; augmentation rapide du volume, accompagnée de douleurs et de quelques vomissements.

Dans la région sous-ombilicale, on constate une tuméfaction mobile, fluctuante, douloureuse à la pression. Le toucher vaginal montre un utérus en antéversion. On perçoit, au toucher, un pédicule, ainsi qu'une tumeur semblant être l'ovaire et un cordon en sautoir, la trompe.

Diagnostic clinique : Kyste du parovaire, avec torsion du pédicule.

L'intervention permet d'extérioriser une tumeur de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, entourée par la trompe. Elle était divisée en deux lobes : dans le premier, la ponction permit de retirer un liquide séro-hématique ; dans le second, un liquide limpide, citrin, couleur café.

L'examen de la pièce montra un kyste étranglé en deux parties par la torsion.

OBSERVATION 109

(FOSSATI, *Annali di Ostetrica e Ginecologia*,
décembre 1908, p. 680.)

*Kyste du parovaire tordu sur son pédicule.
Hémorragie intra-kystique.*

G. R., 42 ans. Bonne santé habituelle. Règles normales. L'affection a débuté progressivement, par petites crises douloureuses, avec vomissements, douleur abdominale à la pression.

L'examen montrait la région ombilicale occupée par une tumeur globuleuse, lisse, rénitente. L'utérus est légèrement augmenté de volume et un peu dévié à gauche.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire tordu.

Intervention. — Kyste parovarien tordu cinq fois sur son pédicule. Pas d'adhérences. Ablation. Guérison.

Examen de la pièce : Tumeur de couleur rose, violacée, du volume d'une grosse tête d'adulte. Contenu du kyste très hématique, sirupeux, couleur chocolat. La trompe est allongée, augmentée de volume. Le canal est perméable jusqu'au point de torsion. L'ovaire est réniforme, du volume d'un gros œuf d'autruche, rouge violacé, apoplectique.

OBSERVATION 110

(FOSSATI, *Annali di Ostetrica e Ginecologia*,
décembre 1908, p. 685.)

*Kyste du parovaire tordu sur son pédicule.
Hémorragie intra-kystique.*

R. C., 29 ans. Bonne santé habituelle. Règles régulières. La malade a présenté plusieurs crises douloureuses abdominales qui, d'après elle, débutèrent après un avortement.

La dernière, plus particulièrement violente, obligea la malade à se faire hospitaliser.

A l'examen: Malade présentant une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, fluctuante, douloureuse à la pression et facilement mobilisable. Le toucher vaginal montre un utérus augmenté de volume, dévié à gauche.

Diagnostic clinique: Kyste ovarique droit, tordu sur son pédicule.

Intervention. — A l'ouverture de l'abdomen, on découvre un kyste atteignant le volume d'une tête d'adulte; il est de couleur sombre, couvert de taches ecchymotiques et de zones nécrotiques. On note également de nombreuses adhérences de la tumeur aux organes voisins. L'ovaire est rouge sombre, avec des taches noirâtres (gros œuf de poule). La trompe, très allongée, très congestionnée, œdématiée et volumineuse, entoure le kyste. Le pédicule est long de 4 à 5 cm., formé aux dépens de la trompe et du ligament large, il est tordu par trois tours de spire. Le contenu du kyste est formé par deux litres de liquide séreux sanguinolent.

On note, dans l'épaisseur de la paroi du kyste, des foyers hémorragique, petits hématomes circonscrits et des zones nécrotiques gangrenées, de couleur jaunâtre.

La trompe est perméable, la muqueuse congestionnée.

L'ovaire présente de grands et petits hématomes circonscrits.

OBSERVATION 111

(MÉRIEL, *Toulouse Médical*, 1^{er} août 1909, p. 209.)

Jeune femme de 22 ans, nullipare, bon état général, mais règles en général douloureuses, avec léger ballonnement abdominal ; jamais de fausses couches, pas de pertes blanches.

Depuis quelques mois, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, avec constipation. Augmentation de volume de l'abdomen, avec saillie anormale à l'hypogastre, sur la ligne médiane.

A l'examen : Tumeur dépassant de deux travers de doigt la symphyse pubienne, régulière au palper, mate à la percussion.

Cette tumeur, à contours bien limités, est très peu mobile dans le sens latéral ; elle est à peu près fixée derrière la paroi abdominale, plongeant dans l'excavation pelvienne. Au toucher, utérus abaissé par la tumeur, nettement indépendant d'elle.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire tordu.

Intervention. — A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une tumeur grosse comme un melon, profondément striée dans le bassin où elle semblait fixée. Ce kyste adhérerait, par toute sa partie postérieure et par son dôme, à l'intestin et à l'épiploon ; il tenait aussi au péritoine pariétal par ses parties latérales. Ponction du kyste sur la ligne médiane ; extériorisation après dissection délicate des adhérences ; pédicule tordu une fois et demie, court, comprenant la trompe et l'ovaire, mais la tumeur était indépendante de ce dernier ; il s'agissait donc d'un kyste du parovaire. Ligature du pédicule, ablation. Suites simples. Guérison.

OBSERVATION 112

(TOURNEUX et LAGARDE, *Toulouse Médical*, 1919, p. 352.)

*Kyste hématique parovarien à pédicule très court
légèrement tordu.*

Femme de 33 ans, présentant, depuis quatre mois environ, des phénomènes douloureux abdominaux. Rien de particulier dans les antécédents.

Il y a quatre mois, première crise douloureuse, avec signes péritonéaux. Repos. Traitement médical. Disparition des accidents. Quelques jours plus tard, constatation d'une petite tumeur pelvienne de la grosseur d'une mandarine. La disparition de tous les accidents fit ajourner l'intervention.

Le 2 novembre 1909, deuxième crise, aussi violente que la première, avec une tumeur considérablement augmentée de volume.

A l'entrée : Bon état général. Présence à la palpation d'une tumeur du volume d'une orange, sur le côté droit de l'utérus.

Intervention. — On découvrit un kyste de couleur livide, adhérent à l'appendice et au péritoine pariétal. Pédicule assez court, légèrement tordu sur son axe. L'ovaire était intact. La trompe était aplatie et refoulée sur le flanc gauche de la poche. Ablation. Guérison.

Examen de la pièce. — Kyste du parovaire rempli d'un liquide de couleur rouge brunâtre.

QUATRIEME GROUPE

Torsion et étranglement. Hémorragies intra-kystiques.

Hémorragie dans le péritoine.

Écoulement sanglant vaginal.

Nous avons rapporté, sous le numéro 1, notre observation qui rentre dans cette catégorie ; elle fait l'objet du chapitre II.

OBSERVATION 113

(F. B. LUND, *Boston Méd. and Surg J.*, 1900, CXLII, 208-209 ;
La Gynécologie, 1901, p. 70.)

Femme, 27 ans ; en se penchant en avant, le 13 juillet 1899, est prise de vives douleurs dans la région inguinale droite. Deux enfants, dont le dernier a dix mois. Le flux menstruel a reparu, régulier, il y a sept mois, jusqu'à il ya trois mois.

Elle a des vomissements dans la matinée et un écoulement vaginal et elle se croit enceinte de trois mois.

L'examen révèle une tumeur fluctuante, plus grosse qu'un utérus dans une grossesse de trois mois, remontant en haut jusqu'à l'ombilic, occupant la région hypogastrique et s'étendant plutôt dans la région inguinale droite que dans la gauche. On ne pouvait pas la différencier de l'utérus lui-même. Les douleurs se prolongeant, on décide d'opérer.

On incise légèrement la partie externe du muscle droit et on tombe sur le pédicule tordu, qui n'était autre que le ligament large avec ses veines fortement dilatées ; le kyste lui-même se trouvait en arrière et au-dessus de l'utérus ; ablation et suture ; guérison, accouchement normal et à terme en janvier 1900.

OBSERVATION 114

(ELISABETH M. CUSHIER, New-York pathol. Society, 9 av. 1884;
in *Philadelphia Med. Times*, 1883-1884, t. XIV, p. 588.)

Le docteur Cushier présente les pièces de l'autopsie d'une jeune fille de 16 ans.

Cette jeune fille avait été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans. Au début, l'écoulement menstruel fut abondant. Il devint bientôt irrégulier et resta tel pendant deux ans. Il y a six mois, les règles furent supprimées pendant neuf semaines. Elles réapparurent ensuite avec abondance ; puis l'écoulement diminua un peu. A la fin de février 1884, les hémorragies se reproduisirent et continuèrent jusqu'à la mort. Un médecin appelé, vers le 20 mars, tamponna le vagin. En dehors d'une attaque convulsive tonique avec insensibilité, qui se produisit un jour, il n'y eut pas d'autres symptômes que celui de l'hémorragie.

Cette jeune fille était de tempérament nerveux et avait été atteinte de chorée dans son enfance.

Elle entre à l'infirmerie le 26 mars 1884. Le vagin renferme des caillots sanguins ; le col utérin est dilaté ; l'abdomen renferme une tumeur médiane, qui monte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. La température et le pouls sont normaux.

Le soir du 26 mars, on note une légère élévation de température et du pouls.

Le 27, l'hémorragie est profuse, le vagin est rempli de caillots, le faciès est pâle, le pouls est très faible. Le doigt introduit dans le col de l'utérus peut atteindre l'orifice interne. La tumeur abdominale donne l'impression d'un utérus gravide de quatre mois et demi. Les mouvements imprimés à la tumeur sont communiqués au col utérin. La tumeur a une consistance molle et ne ressemble pas tout à fait à un utérus gravide ; mais il ne semble pas qu'on puisse faire un autre diagnostic. La malade dit pouvoir être enceinte.

On place une petite tige de laminaire.

Dans l'après-midi du lendemain, on enlève le tamponnement vaginal. L'utérus est contracté et on ne peut y introduire qu'une sonde. La cavité utérine mesure trois pouces,

comme précédemment, ce qui avait fait conclure à l'existence d'un obstacle à la pénétration de la sonde.

On pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; mais rien ne permet d'affirmer ce diagnostic.

La malade vomit d'une façon continuelle ; elle a de la diarrhée ; la température atteint parfois 39°4 ; le pouls est faible et quelquefois irrégulier.

La mort survient le 1^{er} avril, en pleine connaissance.

Autopsie. — La tumeur abdominale est un kyste du ligament large, possédant un long pédicule tordu ; de telle façon que la tumeur est fixée contre le fond de l'utérus et occupe la ligne médiane. Pas de grossesse. Pédicule tordu deux fois sur lui-même.

OBSERVATION 115

(R. NEWMAN, New-York path. Soc., 9 avril 1884 ;
in *Philadelphia Med. Times*, 1883-1884, t. XIV, p. 589.)

A propos de la communication faite par le Docteur Cushier, Newman dit avoir présenté à la Société, quelque temps auparavant, un cas de kyste du ligament large présentant une grande ressemblance avec celui de Cushier. La même obscurité régna sur la cause de l'hémorragie utérine.

OBSERVATION 116

(FRELLAND BARBOUR, *The Jour. of. Obst. a. Gyn.*
of. Brit. Emp., vol. X, 1906.)

Kyste du ligament large, avec torsion de son pédicule.
Hémorragie intra-ligamentaire.

L'auteur décrit un cas dans lequel la torsion du pédicule du kyste était compliquée d'une hémorragie le long de la veine ovarique gauche.

La malade, âgée de 48 ans, avait présenté des symptômes violents, avec réaction péritonéale et collapsus.

L'intervention fut tentée, sans espérance de succès ; on obtint cependant une survie de 30 heures. Un fait intéressant à noter fut la constatation d'un épanchement sanguin dans le ligament large, le long de la veine ovarique gauche, s'étendant jusqu'à 4 cent. de la veine rénale.

On trouve assez fréquemment une hémorragie dans le voisinage immédiat des points de torsion des kystes du ligament large ; il est intéressant, dans le cas rapporté, de noter le cheminement anormal de cette hémorragie.

OBSERVATION 117

(THADDEUS A. REAMY, *Untchell Med Society*, juillet 1891 ;
in *The Med. New*, 1891, t. L.)

Femme de 20 ans ; le 10 décembre, en s'habillant, ressent dans le ventre une violente douleur, accompagnée de vomissements. Les douleurs durent jusqu'au 15. Ce jour-là, on trouve le ventre ballonné, très sensible, particulièrement dans la fosse iliaque droite, où on trouve une masse volumineuse et dure. On diagnostique : appendicite, avec stase fécale. Huile d'olive et sels d'Epsom ne donnent aucun bon résultat.

Le 16 décembre, pouls à 120 ; température, 38 3. Douleurs abdominales et tympanisme augmentent.

Laparatomie (le 17). Kyste du ligament large, dont le pédicule est tordu à son point d'attache, près de l'utérus ; on ouvre le kyste, dont on extrait du sang liquide et des caillots. En un point près du pédicule, existe une petite rupture de la paroi kystique, par laquelle le sang a pénétré dans la cavité péritonéale.

Le kyste, sous l'influence de la tension et de la torsion, avait déplacé et comprimé le cœcum, le côlon et l'iléon, d'où obstruction et décoloration de ces parties de l'intestin. Le péritoine fut lavé à l'eau chaude et l'intestin mis en place reprit sa coloration normale et permit la progression des matières. Guérison.

OBSERVATION 118

(G. M. EDELBOLHS, *Med. Record*, 18 août 1901 ;
La Gynécologie, 1902, p. 518.)

Volumineux kyste parovarien gauche, libre dans la cavité abdominale, à pédicule rompu par torsion ; le ligament ovarien et la trompe gauche sont détachés de la corne utérine correspondante. Ablation. Guérison. Malade âgée de 36 ans.

A l'ouverture du ventre, on trouve une poche remplie de liquide hématique, parsemée de plaques d'ecchymoses et de gangrène commençante. Après ablation de la tumeur, on trouve à la face inférieure son pédicule tordu et gangrené, comprenant la totalité de la trompe gauche et de l'ovaire. Ces deux organes étaient, en partie, gangrenés et séparés de la corne utérine. Le sang trouvé dans la cavité pelvienne provenait du pédicule rompu. Les annexes droites étaient normales. Les anses intestinales et la séreuse avoisinantes présentaient des traces d'inflammation. Il est permis de supposer que si la malade avait survécu sans opération, la tumeur aurait contracté rapidement des adhérences avec les organes voisins.

La vascularisation de ces adhérences aurait formé des pédicules adventices et aurait permis à la tumeur de vivre et de se développer.

CONCLUSIONS

I. — Quoique un certain nombre d'auteurs aient prétendu que la torsion du pédicule des kystes para-ovariens est une éventualité rare, les cas que nous avons relevés sont relativement nombreux.

II. — Il se produit généralement une « accommodation circulatoire » en rapport avec la brièveté et la largeur du pédicule ; elle est cependant imparfaite et l'on constate dans un grand nombre de cas la transformation séro-hématique du contenu et l'apparition de points hémorragiques dans la paroi.

III. — Il est beaucoup plus rare de constater l'hémorragie totale et massive au niveau des éléments tordus.

Deux cas sont possibles :

- a) Hémorragie intra-kystique et hématosalpinx,
- b) Hémorragie intra-kystique et hémorragie intrapéritonéale par la trompe restée ouverte.

Nous apportons une observation originale de ce deuxième type et nous n'en avons pas trouvé de semblable dans la littérature médicale, alors que des cas de torsion avec hématosalpinx ont été publiés.

IV. — Il convient donc de ranger parmi les causes d'hémorragie intra-péritonéale autres que la grossesse tubaire, mais à titre exceptionnel, la torsion d'un kyste para-ovarien avec trompe ouverte.

V. — Au point de vue clinique, la torsion des kystes para-ovariens peut donc simuler parfaitement l'hématocèle rétro-utérine, puisque s'ajoutent, comme dans cette affection, aux signes péritonéaux, ceux de l'hémorragie interne.

Le toucher montre une masse plus ou moins suspendue qui permet encore la confusion.

Le diagnostic ne peut être fait qu'à l'intervention, après évacuation des caillots et découverte de la masse volumineuse noirâtre constituée par le kyste, la trompe et l'ovaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Décembre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons indiqué dans le cours de ce travail les références des observations que nous rapportons intégralement, comme de celles que nous avons résumées ou simplement mentionnées.

L'index que nous donnons ici ne comporte donc que la liste des travaux d'ordre général publiés sur la question.

AGOSTINI. — Contribution à l'étude des kystes parovariens à pédicule tordu. *Thèse de Montpellier*, 1920.

BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Thèse de Paris*, 1898.

BÉRARD. — De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule. *Gazette des Hôpitaux*, mai 1901.

BOURSIER. — Précis de Gynécologie.

BROTHERS. — La torsion du pédicule dans les kystes ovariens et parovariens. *American Journal of obstetrics*, 1905.

CHAVANNAZ. — *Bulletin Médical*, 1905.

DENIKER. — Contribution à l'étude des tumeurs du ligament large. *Thèse de Paris*, 1909.

EKLER. — Sur les tumeurs ovariennes et parovariennes. *Monatschrift für Geb. u. Gyn.*, 1913. XXXVIII, n° 5.

FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, Paris 1914.

- FIEUX et CHAVANNAZ. — Kyste du parovaire à pédicule tordu. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1905, XXXV, p. 29.
- FOSSATI. — Delle cisti paraovariche torte sul peduncolo. *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, décembre 1908, p. 637.
- HARTMANN. — Kyste du ligament large à pédicule tordu.
- JAMIN et VIOLET. — Kyste intraligamentaire tordu. *Lyon Médical*, 1905, p. 263, II.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 2^e édit., Paris, 1901.
- LEFÈVRE. — De la toxicité des liquides des kystes ovariens à pédicule tordu. *La Gynécologie*, 1912, p. 705.
- LEGUEU. — Kystes wolffiens du ligament large. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, t. XLV, p. 114.
- LEJARS. — Torsion tubaire. *La Gynécologie*, 1919, p. 70.
- LUCAS, CHAMPIONNIÈRE et FILHOULAUD. — Kysté parovarien à pédicule tordu. *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, mai 1904, p. 448.
- MARTIN. — Sur les kystes tubo-ovariens, *Thèse*, 1912.
- MARTIN. — Les kystes de l'ovaire et du parovaire inclus dans le ligament large, *Thèse*, 1919.
- MAUCLAIRE. — Les kystes mucoïdes ovariens et parovariens. *Bulletin Médical*, 1904, XVIII, p. 849.
- MÉRIEL. — Torsion pédiculaire fixe d'un kyste du parovaire. *Toulouse Médical*, août 1909, p. 209.
- POZZ. — *Traité de Gynécologie*.
- RIOMS. — La torsion du pédicule des kystes para-ovariens. *Thèse de Bordeaux*, 1906.
- RINGARD. — Contribution à l'étude de la torsion des kystes de l'ovaire et du parovaire au cours de la grossesse. *Thèse*, Lille, 1919.
- ROUX et DELORD. — Volumineux kyste de l'ovaire ; lésions de la masse utéro-annexielles au niveau de l'intestin de l'utérus. *Montpellier Médical*, 1921, XLIII, 438-440.

SEITZ. — Sur la torsion du pédicule des kystes parovariens.
Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1906, t. XI, fasc. 2.

SINETY (DE). — *Traité pratique de Gynécologie*, 2 éd., Paris, 1886.

TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale sans grossesse ectopique. *Thèse de Lyon*, 1909.

VANVERTS. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1905, II, 78.

VILLARD. — Kyste du ligament large, torsion, ablation par voie vaginale. *Sem. Gynécol.*, 1905, p. 853.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre premier. — Historique	12
Chapitre II. — Observation originale.....	15
Chapitre III. — Conditions mécaniques de la torsion des kystes parovariens	21
Chapitre IV. — Anatomie et physiologie patho- logique des kystes parovariens tordus.....	29
Chapitre V. — Etude clinique.....	37
Chapitre VI — Observations.....	43
Conclusions.....	75
Bibliographie.....	77
